FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

TAINÁ ANGÉLICA FOGAÇA BRAGA

BRUXISMO: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E FORMAS DE TRATAMENTO NA ODONTOPEDIATRIA

Campo Grande- MS

2016

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

TAINÁ ANGÉLICA FOGAÇA BRAGA

BRUXISMO: ETIOLOGIA, DIAGNÓSTICO E FORMAS DE TRATAMENTO NA ODONTOPEDIATRIA

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontopediatria
Área de concentração:Odontopediatria.
Orientadora: Profa. Ms. Ana Paula Pinto de Souza

Campo Grande- MS
2016

Braga, Tainá Angélica Fogaça
Bruxismo: etiologia, diagnóstico e formas de tratamento na odontopediatria / Braga, Tainá Angélica Fogaça – 2016.
.....f.
Orientador: Ana Paula Pinto de Souza
Monografia (Especialização) – Faculdade de Sete Lagoas - 2016.
1. Bruxismo. 2. Odontopediatria.
I. Título.
II. Ana Paula Pinto de Souza

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulada “Bruxismo: etiologia, diagnóstico e formas de tratamento na Odontopediatria” de autoria de Tainá Angélica Fogaça Braga aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

_____
Profa. Ma. Ana Paula Pinto de Souza

_____

_____

Campo Grande – MS
2016

RESUMO

O bruxismo é um parafunção bucal relativamente comum na infância, sendo definido como um hábito não funcional do sistema mastigatório, incluindo o apertar e ranger dos dentes, podendo ocorrer em períodos diurnos ou noturnos. Movimentos esses decorrentes da contração rítmica dos músculos mastigatórios. O grande aumento das forças oclusais, oriundas do hábito, resulta em cargas extras não só na dentição, mas também em todo o sistema estomatognático, acarretando o desequilíbrio e alterações das estruturas orofaciais. De etiologia multifatorial, assim como as formas de tratamento devem ser individuais, dentre elas variam entre terapêuticas orodentais e farmacológicas até técnicas comportamentais-cognitivas. A proposta deste trabalho é abordar a etiologia, o diagnóstico, as características da manifestação do hábito e as possíveis formas de tratamento no paciente infantil.

PALAVRAS CHAVE: bruxismo; hábitos bucais; odontopediatria.

ABSTRACT

Bruxism is an oral parafunction relatively common in childhood, defined as a non-functional habit of the masticatory system, including the press and gnashing of teeth and can occur in daytime or nighttime periods.These movements arising from the rhythmic contraction of the masticatory muscles. The large increase in occlusal forces, coming from the habit results in extra charges not only the teeth, but also throughout the stomatognathic system, causing the imbalance and orofacial structures.Multifactorial, and the forms of treatment must be individual, among them vary between orodentais and pharmacological therapies to behavioral-cognitive techniques.The purpose of this study is to discuss the etiology and diagnosis, the habit of manifestation of characteristics and possible forms of treatment in the child patient.

KEYWORDS: bruxism; oral habits; pediatric dentistry.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO **7**

2.PROPOSIÇÃO **9**

3.REVISÃO DE LITERATURA **10**

4.DISCUSSÃO **17**

5.CONSIDERAÇÕES FINAIS **19**

REFERÊNCIAS

1.INTRODUÇÂO

Atualmente, é notória a preocupação com as disfunções do sistema estomatognático. Os hábitos orais são definidos como comportamentos repetidos, que trazem uma sensação agradável para quem os pratica e encontram-se diretamente relacionados com as funções do sistema estomatognático (sucção, deglutição, mastigação, respiração e fala). Existem dois tipos de hábitos, os nutritivos e os não nutritivos. Hábitos orais nutritivos são aqueles que estão relacionados com a obtenção do alimento e o desenvolvimento da criança tendo como exemplo a sucção do seio materno nos primeiros meses de vida; já os não-nutritivos são aqueles que dizem respeito aos hábitos que não têm um papel nutritivo e podem provocar sérias implicações no desenvolvimento orofacial da criança, consoante a sua intensidade, frequência e duração juntamente com a predisposição individual e a idade da criança como: a sucção digital, sucção da língua, bochechas, lábios ou de objetos, morder a língua, bochechas, lábios ou objetos, bruxismo e onicofagia. Como base para o surgimento destes comportamentos, destaca-se situações de medo, insegurança, estresse e frustações.

O bruxismo na infância é uma disfunção que vem crescendo em frequência na sociedade moderna. Bruxismo é uma atividade de movimentos involuntários, parafuncional, rítmica e espasmódica do sistema mastigatório, produzida por contrações rítmicas ou tônicas do masseter e de outros músculos mandibulares (BADER, 2000). Hábito é um automatismo de determinado comportamento adquirido, que muitas vezes se torna inconsciente e permanente na personalidade do sujeito.

Este hábito é caracterizado, pelo apertar, bater ou ranger dos dentes de maneira contínua ou periódica, associado ou não com a presença de ruídos, em alguns casos até protrusão da mandíbula. Pode ocorrer, tanto em período diurno e noturno.

De acordo com Gusson (1998), o bruxismo pode ocorrer de duas formas, consciente, quando se mordem dedos, canetas ou lápis, ou inconscientemente.

O ato de ranger frequentemente ocorre durante o sono, períodos de estresse, preocupação e excitação, acompanhado de ruídos. Sobre o apertamento, é mais comum durante o dia, não apresenta ruídos notáveis, e para alguns autores é considerado mais destrutivo, uma vez que as forças são contínuas e menos toleradas.

Sendo o bruxismo de etiologia multifatorial, o tratamento deve ser individualizado, ou seja, cada indivíduo passando por uma anamnese detalhada, com auxilio dos pais, responsáveis ou cuidadores, para dessa forma obter as informações necessárias para diagnóstico e tratamento correto.

> *"É sempre bom considerarmos que cada criança é única e cada família tem suas crenças que devem ser respeitadas. (…). Cabe ao profissional de saúde esclarecer sobre os prós e os contras de cada atitude em relação ao desenvolvimento de cada criança e cabe à família escolher qual atitude adotar visando sempre o bem-estar do indivíduo que está em desenvolvimento. "* (CASANOVA, 1998)

2.PROPOSIÇÃO

Por meio de pesquisas bibliográficas, descrever a etiologia, diagnóstico e formas de tratamento para o bruxismo na infância.

3.REVISÃO DE LITERATURA

As contrações funcionais dos músculos craniomandibulares são a base para atividades como a mastigação, a deglutição e a fonética. As atividades funcionais são constituídas principalmente pela contração dos músculos do pescoço necessárias à postura estática craniocervical. O sistema neurológico é responsável pelo controle dessas funções, que são realizadas pelos músculos sem que haja dano as estruturas. (MACIEL, 2010)

A literatura classifica a *parafunção* como atividades musculares que ocorrem sem qualquer propósito funcional. Para definição, sua característica principal constituem o movimento ou excitação muscular sem controle, por vezes de forma intensa e prolongada. O hábito de morder lápis ou objetos, onicofagia, sucção do dedo, má postura craniocervical também são considerados hábitos parafuncionais (CARLSSON, 2006).

A Associação Americana dos Distúrbios do Sono definiu o bruxismo como doença ou distúrbio periódico caracterizado por movimentos da mandíbula, como ranger e/ou cerrar os dentes, decorrentes da contração rítmica dos músculos durante o sono. Esta reação muscular pode ser de leve intensidade e não representar nenhuma preocupação clínica, mas pode também ser intensa e gerar uma condição destrutiva em diversos componentes do complexo craniomandibular e cervical, resultando em sinas e/ou sintomas (TOSUN; KARAUDA & CUHADAROGLU, 2003).

Estudando o bruxismo Claro (1998), o classificou em Bruxismo Cêntrico e Bruxismo Excêntrico. O primeiro consiste de uma contração habitual dos músculos sem que haja uma situação óbvia de urgência física ou psíquica. O apertamento é mais comum durante o dia podendo ocorrer durante a noite. Já o segundo é de dupla etiologia. Indivíduos com este tipo de bruxismo podem ter apertamento e deslizamento dos dentes na protrusão e lateralidade protrusiva; os movimentos mandibulares são bordejantes, contatos prematuros, cêntricos ou excêntricos e contração muscular isotônica; apresentam facetas de desgaste nos dentes anteriores e posteriores e podem estar presentes a dor, disfunção, hipertonismo muscular e sensibilidade à palpação.

Para Dawson (1993) o bruxismo ainda não está bem esclarecido. Indícios mostram que ainda existem muitos estudos a serem realizados, pois sua etiologia ainda não está completamente clara.

Durante muito tempo, os dentistas acreditaram que o bruxismo fosse causado por interferências oclusais e ao eliminar as interferências e não obter resultados os esses consideraram que o ajuste oclusal não era um tratamento adequado verificando-se dessa forma a necessidade de pesquisas mais profundas sobre sua etiologia para então realizar um trabalho de diagnóstico e tratamento eficaz (CARLSSON, 2006).

Os fatores que predispõem ao bruxismo, segundo Gusson (1998), podem ser divididos em: fatores locais (contatos prematuros, interferências oclusais); fatores sistêmicos (indivíduos portadores de asma ou rinite, pacientes com distúrbios do sistema nervoso central); fatores psicológicos (estresse, ansiedade); fatores ocupacionais (prática de esportes de competição) e fatores hereditários.

Segundo Kampe et al. (1997) o estresse é uma epidemia global e a ansiedade uma atitude normal do organismo, ou seja, fisiológica. Assim, muitos estudos e pesquisas estão sendo desenvolvidos para investigar o efeito do estresse e da ansiedade e suas correlações com as parafunções do sistema mastigatório.

Ansiedade, tensão, emoções negativas e frustrações causam aumento da hiperatividade muscular, redução da taxa de secreção salivar durante o sono e a vigília e, consequentemente, aumento de episódios de rangido dentário durante o sono (LAVIGNE, 2001).

Vários fatores de risco estão associados ao bruxismo como a idade, tabaco, álcool, cafeína, ansiedade, estresse, transtornos psiquiátricos e do sono, drogas e disfunções temporomandibulares (MAGNI, 1991).

O bruxismo infantil pode estar ligado a qualquer época da vida da criança, Baroni et al. (2005) afirma que certamente em algum momento da vida, o hábito estará presente na vida da criança, podendo ser significativo ou não.

Ele é definido como uma parafunção do sistema mastigatório, com etiologia multifatorial, sendo os principais fatores: locais, ocupacionais, sistêmicos, psicológicos, neurológicos e hereditários, parafuncionais, estando

também ligado aos distúrbios do sono e padrões de desenvolvimento (PIZZOL et al., 2006).

Molina (1976) expõe a etiologia do bruxismo na visão psicológica mostrando, como exemplo, uma criança que atinge a fase de expressão oral e que são reprimidas algumas atitudes durante a formação de fatores de auto segurança e de sintomas agressivos iniciando assim a apertar e deslizar os dentes como mecanismo de liberação de emoções reprimidas.

De acordo com Restrepo et al. (2001) a ansiedade tem sido o fator psicológico mais estudado em crianças, de diferentes idades.

Tensões emocionais, problemas do ambiente familiar, crises existenciais, depressão, ansiedade, medo e hostilidade, a fase de autoafirmação, provas, competições escolares ou esportivas e bulling, atuam como fatores psicológicos, que podem desencadear esta condição (SILVA, 2003).

Sistematicamente, deficiências nutricionais e vitamínicas, alergias, parasitoses intestinais, distúrbios otorrinolaringológicos, distúrbios gastrointestinais, desordens endócrinas, paralisia cerebral, Síndrome de Down e deficiência mental são fatores que podem estar relacionadas ao hábito (SHINKAI et al.,1998; SILVA 2003).

Os sinais e sintomas em crianças, são mais ocasionais e leves, o que explica o fato de a maioria das vezes não haver relação com a articulação temporomandibular (ATM). Além das interferências oclusais, algumas doenças do sistema nervoso central podem estar relacionadas ao bruxismo. O ranger e apertar dos dentes foram observados em certos casos de lesões corticais do cérebro, distúrbios da medula e ponte, paralisia espásticas infantil, epilepsia e meningite tubercular. De acordo com o autor o tratamento medicamentoso consiste em usar relaxantes musculares, tranquilizantes, sedativos e injeções de anestésico local diretamente dentro da ATM e dos músculos (AHMAD, 1986).

O bruxismo infantil está relacionado a vários hábitos parafuncionais, tais como: sucção digital e de chupeta, respiração bucal, onicofagia, interposição lingual, mordedura de objetos e outros (SOUZA et al.,2010).

Em um estudo realizado por Gonçalves, Toledo e Otero (2010), avaliando os tipos específicos de hábitos houve uma relação estatisticamente significativa entre bruxismo e hábitos bucais onde apenas a sucção de chupeta se mostrou

relacionada ao bruxismo e os demais hábitos não tiveram relevância significativa.

Entretanto, uma correlação entre o bruxismo, a onicofagia, a sucção do polegar e as desordens temporomandibulares foi demonstrada por Widmalm (1995), destacando que deveria ser diagnosticado e controlado o mais precocemente possível.

Para Maciel (2010) um padrão biomédico único não seria adequado para definir o bruxismo, dessa forma aceitando-se um modelo etiológico multifatorial, que evita a avaliação da condição clínica isolada e concentra-se na identificação e somatória de diversos fatores além da reação e adaptabilidade dos vários componentes envolvidos. A etiologia multifatorial implica que vários fatores estejam envolvidos, sendo diferente para cada indivíduo.

Faulkner (1990) revelou que com as pressões da vida moderna a prevalência do bruxismo tende a aumentar. O fenômeno é descrito em adultos, entretanto é relativamente frequente tanto na infância como na adolescência, afetando ambos os sexos sem prevalências. Na dentição decídua, especialmente por volta dos 7 anos, 7,7% das crianças apresentam bruxismo. Já na dentição mista até os 11 anos de idade há um grande aumento na ocorrência, atingindo cerca de 22% das crianças.

Em relação aos gêneros, existem muitas controvérsias, nos estudos de Cheung et al. (2005) e Ruela et al. (2001) houve a prevalência no sexo masculino. Já Manfredini et al. (2005) encontrou maior prevalência no sexo feminino. Cheifetz et al. (2005), Shinkai et al., (1998) e Nahas Scocate et al (2012) em suas pesquisas não encontraram diferenças significantes.

Garcia et al. (1995), relatou a prevalência de 40% em pré-escolares de 3 a 6 anos, 17% na faixa de 6 a 7 anos e 24% na faixa de 8 a 9 anos.

A alta prevalência na infância, foi observada por Shinkai et al. (1998) sendo verificado a presença do bruxismo em 43% das crianças com idade de 2 a 3 anos, 35% entre 4 e 5 anos e 34% entre 10 e 11 anos de idade, relatando também o aspecto psicológico na maioria das crianças, demonstrando ansiedade ou hiperatividade.

Johanns et al. (2011) realizou um estudo, onde comprova a ocorrência em 29,85% em crianças na faixa de 3 a 6 anos de idade, relatando que o grande nível de ocorrência pode estar relacionado aos fatores psicológicos, como

exemplo, o estresse. Nesse mesmo tipo de estudo, Ahmad (1986), Cash (1988), Vanderas e Manetas (1995) e Carvalho (2003), afirmam que os fatores psicológicos tais como ansiedade e estresse estão relacionados ao hábito.

Em um estudo, conduzido por Nahás- Scocate (2012), foi obtido um resultado de 29,3% das crianças na faixa etária de 2 a 6 anos de idade, portadoras do hábito. Entre esses números 27,3% durante a noite e 2,0% durante o dia. Sonhar e relembrar momentos desagradáveis e ameaçadores parece ocorrer durante a fase REM do sono, isso ocorre em media a cada 90 minutos, de 5 a 20 minutos de duração (CLARKE & TOWSEND 1984). Com isso, vem à explicação da dor quando o individuo acorda pela manhã e sente fortes dores de cabeça e cansaço muscular facial (OKESON, 1989).

Cada vez mais pais ou cuidadores relatam, na clínica odontológica, que as crianças realizam “barulhos” ao dormir, a prevalência do bruxismo infantil se mostra altamente variável. Muitas crianças rangem os dentes, uma vez ou outra, pois interferências oclusais se desenvolvem naturalmente com a erupção dos dentes e durante a dentição mista, é comum algumas crianças desenvolverem padrões de bruxismo (DAWSON, 1993).

Gusson (1998), definiu como características do bruxismo infantil: presença de desgastes na superfície dentária, desconfortos musculares e articulares, atuando como coadjuvante na progressão da doença periodontal e contribuindo para o desenvolvimento de uma falsa classe III, acelerando a rizólise dos dentes decíduos e alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes.

Ressalta-se que qualquer faceta de desgaste encontrada na dentadura decídua, mista ou permanente não é sinônimo da existência de bruxismo atual, ela apenas permite saber que ocorreu um episódio de bruxismo (CUNHA et al., 1998). Um diagnóstico correto e precoce, seguido de um atendimento imediato, favorece o adequado funcionamento e a perfeita harmonia do sistema estomatognático.

Existem diversos fatores para a predisposição do bruxismo na infância. Haddad, Correa e Fazzi (1994) revelam que o exame clínico de rotina em odontopediatria deve incluir a verificação de possíveis sinais, como os desgastes anormais, estalidos ou dores na ATM, tonicidade dos músculos

faciais e um questionamento aos pais sobre o possível habito de ranger os dentes.

No estudo conduzido por Santos et al., (2006), existe uma relação entre as dores de cabeça e o hábito de ranger os dentes.

Motta et al., (2015), realizou um estudo onde concluiu que existe uma relação entre ruídos articulares e o bruxismo infantil, com isso sugerindo que a presença destes ruídos em crianças bruxistas podem ser um alerta à progressão e severidade de sintomas.

Nas crianças e adolescentes, essa desordem normalmente é identificada pelos odontopediatras, diante dos desgastes dentários anormais, disfunções temporomandibulares e dores. Já os pediatras podem diagnostica-la em pacientes que procuram atendimento por dores de cabeça atípicas ou dores mandibulares ao acordar (BADER, 2000).

Liljestrom et al. (2005), observou que tanto o bruxismo como as desordens da ATM são encontrados em crianças que apresentam episódios de dores de cabeça. A sintomatologia dolorosa depende da frequência, intensidade e idade do paciente, em associação à duração do hábito.

Tem importância fundamental a realização de uma anamnese completa e minuciosa da criança em um ambiente tranquilo, com a presença dos pais ou cuidadores, para obter informações de história médica geral, hábitos, queixa de dores, relacionamento familiar e social para poder realizar uma avaliação do perfil psicológico do indivíduo (NOR et al. 1991).

Rosales et al., (2009), afirma em seu estudo a importância da presença dos pais na consulta odontológica pois, o funcionamento familiar tem total importância para o diagnóstico do hábito, pois as maiores porcentagens de crianças com bruxismo sofrem ou sofreram por algum problema no ambiente familiar.

Uma anamnese minuciosa deve ser realizada, na busca de sinais e sintomas que caracterizam o hábito, uma vez que o potencial patogênico está na condição subconsciente (ARITA et al., 1990).

O diagnóstico diferencial é de extrema importância, para que o bruxismo não seja confundido com outros movimentos faciais do sono, como engolir, tossir, grunhir ou alternar a abertura e o fechamento mandibulares (VELLY MIGUEL et al. 1992).

Vale ressaltar que o bruxismo pode apresentar períodos alternados de remissão e recidiva e que necessita de extensa avaliação do odontopediatra para seu manejo (SANTOS, 2014).

Para Bader (2000) existem três tipos de estratégias a serem tomadas diante o tratamento do fenômeno, a dentária, farmacológica e psico-comportamental. Dessa forma aplicando-se uma terapia multidisciplinar, que envolve cirurgiões dentistas, psicólogos, pediatras e odontopediatras, fonoaudiólogos e nutricionista, juntamente com o paciente e pais.

Segundo Marini (1985), antes de dar início a qualquer tratamento, os pais ou responsáveis devem estar cientes e esclarecidos sobre a etiologia do hábito.

Sobre as terapias, Gusson (1998) e Assis (2002) dividem a mesma opinião, pode-se incluir um ajuste oclusal, sendo avaliado cuidadosamente, sempre que a interferência oclusal causar danos a ATM ou comprometer os músculos, lembrando que é irreversivel.

Aloé et al. (2003) propõe que os pais organizem de uma forma melhor o momento anterior ao sono da criança, para que seja mais tranquilo, diminuindo seu ritmo para que tenha uma passagem mais calma entre o momento de excitação e o sono. Bader (2000), compartilha do mesmo método onde se reduz o ranger dos dentes, aliviando dores faciais e temporais, promovendo melhorias na qualidade do sono, caso seja deficiente.

4.DISCUSSÃO

Apesar de alguns estudos sobre a etiologia do bruxismo ainda serem inconclusivos, pesquisadores têm sugerido que fatores como a má oclusão e fatores locais, estão perdendo a importância, enquanto os fatores cognitivos comportamentais como o estresse, ansiedade e traços de personalidade estão ganhando mais atenção. A hipótese de que a etiologia do bruxismo é central, tem se tornado cada vez mais consistente (KATO et al., 2003). Entretanto, durante muito tempo as interferências oclusais foram consideradas como fator etiológico (CARLSSON, 2006).

Fatores locais (GUSSON, 1998), sistêmicos como distúrbios otorrinolaringológicos, gastrointestinais e endócrinos (SHINKAI et al., 1998 e SILVA, 2003) além da Síndrome de Down e deficiência mental também foram citados na literatura.

Hodiernamente, os estudos têm se aprofundado na relação da ansiedade, estresse, tensão, emoções negativas, frustrações (KAMPER et al., 1997; LAVIGNE, 2001), transtornos psiquiátricos e do sono (MAGNI, 1991), hábitos parafuncionais como a onicofagia, sução digital e da chupeta, respirador bucal, interposição lingual, mordedura de objetos (PIZZOL et al., 2006; MOLINA, 1976; RESTREPO et al., 2001; SOUZA et al., 2010) além de problemas no ambiente familiar, situações escolares que levam a quadros de ansiedade e bulling (SILVA , 2003) com tendência a aumentar a prevalência do bruxismo (FAULKNER, 1990).

Em relação ao bruxismo infantil ele pode ocorrer em qualquer fase da vida, desde a fase oral (MOLINA, 1976), idade pré-escolar à adolescência conforme demonstrado na pesquisa de Faulkner (1990) sendo que a prevalência entre os gêneros ora está para o feminino (MANFREDINI et al., 2005) ora masculino (CHEUNG et al., 2005; RUELA et al., 2001) e em outros estudos sem diferença significativa (SHINKAI et al., 1998; NAHAS-SCOCATE et al., 2012) situação que merece maiores estudos para a confirmação de diferenças estatísticas entre os gêneros.

Levando-se em consideração os hábitos parafuncionais e as pesquisas realizadas a sucção da chupeta apresenta uma relação significativa com a

presença do bruxismo (GONÇALVES, TOLEDO e OTERO, 2010) assim como a onicofagia e desordens temporomandibulares (WIDMALM 1995).

Dentro das faixas etárias a idade entre 2 a 6 anos apresenta maior prevalência (GARCIA et al., 1995; SHINKAI et al., 1998; JOHANNS et al., 2011) seguida do intervalo entre 10 e 11 anos.

Quanto ao período do dia que ocorre, durante a noite o bruxismo está mais prevalente conforme pesquisa desenvolvida por Náhas-Scocate (2012).

Por todos estes aspectos que foram discutidos o odontopediatra exerce função primordial no diagnóstico, esclarecimento à família sobre o bruxismo, tratamento e acompanhamento do paciente.

Quanto ao diagnóstico este profissional deve estar atento às informações colhidas durante a anamnese e exame clínico sobre a presença de ranger ou apertar os dentes durante o dia e/ou à noite (HADDAD, CORREA e FAZZI, 1994), desgastes nas superfícies dentárias, desconfortos musculares e articulares, aceleração da rizólise dos dentes decícuos e alterações na cronologia de erupção dos dentes permanentes (GUSSON, 1998) assim como relatos de paralisia espásticas infantil, epilepsia e meningite tubercular (AHMAD, 1986). Ressalta-se que dores de cabeça também podem ocorrer e em relação aos hábitos parafuncionais a sintomatologia e sinais apresentados dependerá da frequência, intensidade e idade do paciente (LILJESTROM et al., 2005).

Não há um tratamento especifico ou padrão para o bruxismo, cada criança deve ser avaliada individualmente e tratada conforme cada fator possivelmente associado (PARIZOTTO et al., 1999). Ele pode variar desde o uso de medicamentos (AHMAD, 1986) até a ação de uma equipe multiprofissional, pois a etiologia do bruxismo apresenta um padrão multifatorial obrigando o profissional que atua na área infantil ter uma visão holística de seu paciente. O tratamento escolhido para crianças com bruxismo deve sempre ser reversível, de tal modo que não interfira negativamente no padrão de normalidade da dinâmica de crescimento e desenvolvimento infantil (PARIZOTTO et al., 1999).

5.CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos artigos revisados, concluiu-se que um diagnóstico precoce é de extrema importância e quanto antes o tratamento for iniciado, melhor será o resultado. O odontopediatra deve conscientizar a família do paciente sobre a etiologia do hábito, e de suas necessidades para buscar um tratamento adequado e eficaz.

A etiologia é multifatorial, independente da idade ou gênero, os principais fatores são: locais, sistêmicos, psicológicos, ocupacionais e neurológicos.

Da mesma forma há uma vasta opção de tratamento, destacando-se o apoio psicológico, seguido de medicamentos e procedimentos clínicos quando necessários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMAD, R. **Bruxism in children.** J Pedod., 1986; v.10, p.105-26.

ALOÉ, F. et al. **Bruxismo durante o sono.** Neurociências. 2003: v.11, n.1, p.4-7.

ARITA, C.A. **Alterações provocadas pelo bruxismo sobre o sistema estomatognático: a importância de seu diagnóstico.** Rev Gaúcha Odontol ,v.38, n.4, p.257-261,1990.

ASSIS, L.T.; CAMPOS, M.I.C. **Bruxismo em crianças: proposta terapêutica.** Rev. Serviços ATM, ano 2, v.2, n.1, p. 16-22, Jan./Jun. 2002.

BADER, G.; LAVIGNE G. **Sleep bruxism: an averview of an oromandibular sleep movement disorder.** Sleep Med Rev., v.4, p.27-43. 2000.

BARONI, D.A. et al. **Bruxismo em crianças: relato de caso clínico.** Revista da Faculdade de Odontolgia de Anápolis, v.7, n.2, jul./dez. p.61-63. 2005.

CARLSSON, G.E. **Tratamento das disfunções temporomandibulares na Clinica Odontológica.** 1.ed. São Paulo: Quintessence, 2006. 215p.

CARVALHO, G.D. **Hábitos orais e o uso do mamilo. Respirador Bucal-uma visão funcional e clínica da amamentação.** São Paulo: Editora Lovise, 2003. p.250-4.

CASANOVA, D. **A família e os hábitos orais viciosos na infância.** 1998 Monografia **(**Especialização em Motricidade Oral) – Fonoaudiologia Hospitalar, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, Brasil, 1998.

CASH, R.G. **Bruxism in children: review of the literature.** J. Pedodont**.**, v.12, p.107-127, 1988.

CHEIFETZ, A.T.; OSGANIAN, S.K.; ALLRED, E.N.; NEEDLEMAN, H.L. **Prevalence of bruxism and associate correlates in children as reported by parents.** J Dent Child., 2005 v.72, n.2, p.67-73.

CHEUNG, J.M.; NG, D.K.; KWOK, K.; LEUNG, S.; CHAN, C.H. **Prevalence of sleep problems in Hong Kong primary school children.** Chest., 2005; v.128, n.3, p.1315-23.

CLARKE, N.G., TOWNSEND , G.C. **Distribution of nocturnal bruxism pattern in man.** J Oral Rehabil., 1984 Nov; v.11, n.6, p.529-34.

CLARO, G. **Bruxismo: uma visão geral.** CEFAC, São Paulo, 1998.

CUNHA, S.R.T; CORRÊA, M.S.N.P.; OLIVEIRA, P.M.; SCHALKA, M.M.S. **Hábitos bucais.** São Paulo: Ed. Santos,1998 p 561-76.

DAWSON, P. E. **Avaliação, diagnóstico e tratamento dos problemas oclusais**. São Paulo, Artes Médicas, 2ª ed, 1993.

FAULKNER, K.D.B. **Bruxism: a review of the literature.** Aust Dent J., v.35, n.3, p.266-76, June, 1990.

GARCIA, P.P., CORONA, S.A., SANTOS-PINTO, A., SAKIMA, T. **Verificação da incidência de bruxismo em pré-escolares**. Odontol Clin., 1995; v.5, p.119-22.

GONÇALVES, L.P.V.; TOLEDO, O.A.; OTERO, S.A.M. **Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais.** Dental Press J. Orthod., 97 v. 15, n. 2, p. 97-104, Mar./Apr. 2010.

GUSSON, D.G.D. **Bruxismo em crianças.** J Bras Odontopediatria, Odontologia Bebê, v.1, n. 2, p. 5-97, 1998.

HADDAD, A. N.; CORRÊA, M. S. N. P.; FAZZI, R. **Bruxismo em crianças.** Rev. Odontopediatria, v.3, n.2, p.91-8, abr.-jun; 1994.

JOHANNS, C.M.; SILVÉRIO, K.; FURKIM, A.M.; MARCHESAN, I. **Há relação de hábitos orais deletérios com a tipologia facial e a oclusão dentária?** Rev CEFAC. 2011; v.13, n.6, p.1095-102.

KAMPE,T.; TAGDAE, T.;BADER, G.; EDMAN, G.; KARLSSON,S. **Reported symptoms and clinical findings in a group of subjects with longstanding bruxing behaviour.** J Oral Rehabil.1997; v.24, n.8, p.581-7.

KATO, T.; THIE, N. M. R.; HUYNH, N.; MIYAWAKI, S.; LAVIGNE, G. J.; **Topical rewiew: sleep bruxism and the role of peripheral sensory influences.** J Orofac Pain. 2003; v.17, n.3, p. 191-213.

LAVIGNE, G.J. **Rhythmic masticatory muscle activity during sleep in humans.** J Dent Res. 2001; v.80, n.2, p. 443-8.

LILJESTRÖM, M.R.; JÄMSÄ, T.; LE BELL, Y.; ALANEN, P.; ANTTILA, P.; METSÄHONKALA L. **Signs and symptoms of temporomandibular disorders in children with different types of headache.** Acta Odontol Scand., 2001; v.59, p.413-7.

MACIEL, R.N. **Bruxismo.** 1.ed. São Paulo: Artes Médicas, 2010. 690 p.

MAGNI, G. **The Use of Antidepressants in the Treatment of Chronic Pain, A Review of Current Evidence**. Drugs. v. 42, n. 5, p. 730-48, 1991.

MANFREDINI, D.; LANDI, N.; ROMAGNOLI, M.; BOSCO, M. **Psychic and occlusal factors in bruxers.** Aust Dent J. 2004 Jun; v.49, n.2, p.84-9.

MANFREDINI, N.; LANDI, N.; FANTONI, F.; SEGU, N.; BOSCO,M. **Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers.** J Oral Rehabil., 2005; v.32, n.8, p. 584-8.

MARINI, L.A. **Problemas comunes de oclusión en odontología pediátrica.** Acta Odont Pediatr 1985; v. 6, p. 19-21.

MOLINA, O. F. **Fisiopatologia Craniomandibular**. Rio de Janeiro, Pancost, 1976.

MOTTA, L.J.; SILVA, P.F.C.; GODOY, C.H.L.; BORTOLETTO, C.C.; GARCIA, P.R.A.; SILVA, F.C.; BUSSADORI, S.K. **Avaliação dos ruídos da articulação temporomandibular em crianças com bruxismo**. Rev. CEFAC. 2015 Jan-Fev; V.17, N.1, P.111-116.

NAHAS-SCOCATE, A. C. R.; TREVISAN, S.; JUNQUEIRA, T. H.; FUZIY. **A Associação entre bruxismo infantil e as características oclusais, sono e dor de cabeça.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2012, vol.66, n.1, p. 18-23.

NOR, J.E. et al. **Bruxismo em crianças.** Rev Fac Odontol Porto Alegre. v.32, n.1, p. 18-21, jul. 1991

OKESON, J.P. **Temporomandibular disorders in children.** Pediatr Dent, v.11, n.4, p. 325-329. 1989.

PARIZOTTO, S.P.C.O.L.; RODRIGUES, C.R.M.D. **Tratamento de bruxismo em crianças através do uso de placas de mordida e reabilitação das facetas de desgaste.** JBP. Odontologia Bebê. v.2, n.9, p.339-344. 1999.

PIZZOL, K.E.D.C. et al. **Bruxismo na infância: fatores etiológicos e possíveis tratamentos.** Rev. de Odontologia da Unesp. V. 35, n.2, p. 157-163, 2006.

RESTREPO, C.C.; ALVAREZ, E. ; JARAMILLO, C.; VÉLEZ, C.; VALENCIA. I. **Effects of psychological techniques on bruxism in children with primary teeth.** J Oral Rehabil 2001; v.28, p.354-60.

ROSALES, A.L.M.; PÉREZ, C.C.M.; ROSA, I.A.; GONZÁLEZ, M.O.; MARTÍNEZ, J.F.; LÓPEZ, J.A.R. **Bruxismo y funcionamiento familiar en escolares de 5 a 11 años.** Medisur, 2009.

RUELA, A.C.C.; MATTOS, M.G.C.; BEZZON, L.O.; RIBEIRO, R.F. **Prevalência de bruxismo em 277 pacientes portadores de desordens temporomandibulares.** RPG Rev Pós-Grad., 2001; v.8, n.1, p.70-5.

SANTOS, E.C.A.; BERTOZ, F.A.; PIGNATTA, L.M.B.; ARANTES, F.M. **Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças**. R Dental Press Ortodon Ortop Facial, 2006. V.11, n.2, p.29-34.

SANTOS, F.A. **Características psicológicas e odontológicas de crianças com bruxismo da clínica de odontopediatria da faculdade de odontologia Araçatuba – UNESP.** Araçatuba: Unesp – Universidade Estadual Paulista; 2014.

SHINKAI, R. S.; SANTOS, L.M.; SILVA, F.A.; SANTOS, M.N. **Prevalence of nocturnal bruxism 2-11-year-old children.** Ver Odontol Univ, São Paulo 1998; v.12, p.29-37.

SILVA, S.R. **Bruxismo.** Revista da associação Paulista de Cirurgiões-dentistas. v. 57, n. 6, p. 409-17, dez, 2003.

SOUZA, K.M.; SILVA, J.W.G.; LEMOS, A.D.; LINS, R.D.A.U. **Bruxismo infantil: prevalência, etiologia, diagnóstico e tratamento.** Orthodontic Science and Practice. 2010; v.3, n.10.

TOSUN, T.; KARABUDA, C.; CUHADAROGLU, C. **Evaluation of sleep bruxism by polysomnographic analysis in patients with dental implants.** Int J Oral Maxillof Implants. 2003; v.18, n.2, p.286-292.

VANDERAS, A.P.; MANETAS, K. **Relationship between maloclusion and bruxism in children and adolescents: a review**. Pediatr Dent, v.17, n.1, p.7-12, 1995.

VELLY-MIGUEL , A.M.; MONTPLAISIR, J.; ROMPRÉ, P.H.; LUND, J.P.; LAVIGNE, G.L. **Bruxism and other orofacial movements during sleep.** J Craniomand Dis Fac Oral Pain 1992; v.6, p.71-81.

WIDMALM, S.E. **Prevalence of signs and symptoms of craniomandibular disorders and orofacial parafuncion in 4-6-year-old African-American and Caucasian children.** J. Oral Rehabil, 1995. v.22, p.87-93.

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Monografia intitulada "Bruxismo: etiologia, diagnóstico e formas de tratamento na Odontopediatria" de autoria de Tainá Angélica Fogaça Braga aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Ma. Ana Paula Pinto de Souza

Campo Grande – MS
2016